A

Deffis (R)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

LA RESECCION INTESTINAL

BREVES CONSIDERACIONES

Acerca de algunas de las afecciones en que está indicada dicha operación y su técnica operatoria.

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

REYNALDO DEFFIS,

ALUMNO
DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA, PRACTICANTE DEL HOSPITAL
CONCEPCIÓN BÉISTEGUI
Y SOCIO DE LA SOCIEDAD FILOIÁTRICA.



MÉXICO

IMP. DE F. DÍAZ DE LEÓN SUCS., SOCIEDAD ANÓNIMA,
Esquina de San Juan de Letrán y Rebeldes.

1893

Sr Dr Dn José M. Bandera.

Facultad de Medicina de México.

LA

RESECCION INTESTINAL

BREVES CONSIDERACIONES

Acerca de algunas de las afecciones en que está indicada dicha operación y su técnica operatoria.

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL

DE

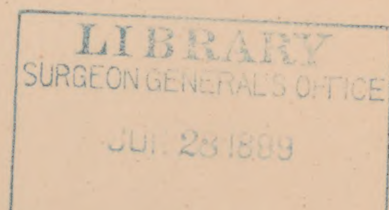
MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

Reynaldo Deffis,

Alumno
de la Escuela Nacional de Medicina, practicante del Hospital
Concepción Béistegui
y socio de la Sociedad Filoiátrica.





MÉXICO

Imp. de F. Díaz de León Sucs., Sociedad Anónima,
Esquina de San Juan de Letrán y Rebeldes.
1893

A LA SAGRADA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

Á LOS SEÑORES

D. ANTERO MUÑÚZURI

Y

D. SATURNINO SAUTO.

Al Sr. Dr.

MANUEL CARMONA Y VALLE.

Al Sr. Dr.

Felipe Ruiz Esparza.

AL SR. DR.

FERNANDO ZÁRRAGA.

A LOS SRES. DRES.

JOSÉ MARIA BANDERA

Y

LUIS E. RUIZ.

A LOS SRES. DRES.

FRANCISCO DE P. CHACÓN,
JOAQUÍN VÉRTIZ, RAMÓN ICAZA, ISMAEL PRIETO
Y LORENZO CHÁVEZ.

AL H. CUERPO DE PROFESORES

DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA.

Maestro:

Acepte Ud la dedicatoria que me he atrevido à hacerle de mi pobre trabajo, como una pequeñísima prueba del cariño y agradecimiento que le profesa el último de sus discípulos.

8. 3/93

El autor

NTRE las innumerables dificultades con que tropieza el estudiante al terminar su carrera, no es seguramente una de las menores, la obligación que tiene de presentar ante el respetable Jurado una prueba escrita sobre algún punto de la ciencia.

Íntimamente convencido de mi incompetencia, nunca ha cruzado por mi mente la idea de haber resuelto alguna duda científica, que autoridades reconocidas no han podido aclarar.

Me he limitado, pues, á hacer una exposición de las opiniones de los diferentes autores que he consultado; opiniones que, en mi humilde concepto, dan una idea precisa del estado actual de la ciencia en lo que se refiere al asunto de este trabajo.

El punto que he elegido, es la *Resección intestinal;* pero como quiera que sus indicaciones son tan

numerosas, me he limitado á los casos que con más frecuencia se presentan en la práctica.

Es decir: las heridas, las hernias, y la oclusión del intestino.

He dividido este trabajo en dos partes: en la primera me ocupo de la sintomatología de dichas afecciones, estudiando en cada una de ellas las indicaciones de la operación; y en la segunda, de la técnica operatoria, perfeccionada por Chaput.

Soy el primero en comprender y confesar la deficiencia de este estudio; pero espero que no se vea en él sino una muestra de mi buena voluntad para cumplir con un precepto reglamentario, y la justa aspiración á obtener un fin, al que he consagrado once años de trabajo.

I

Heridas del intestino.

Las heridas del intestino, por arma blanca, presentan caracteres variadísimos, según su situación respecto del eje intestinal, su extensión, su número y la mayor ó menor extensión de la circunferencia comprendida por ellas.

En las heridas por arma de fuego, se observa desde la simple contusión con ligero machacamiento, algo de derrame sanguíneo y despegamiento de la mucosa, hasta las contusiones graves acompañadas de dolores terribles, colapso profundo, sudores fríos ó de una verdadera evisceración.

Cuando se trata de una perforación peque-

ña, el derrame del contenido intestinal en la cavidad peritoneal puede prevenirse ó retardarse por parálisis del intestino, hernia del asa herida, ú obturación por un coágulo, un colgajo de la mucosa, ó por el epiplón, etc.; pero ningún trabajo cuesta comprender, con qué facilidad pueden ceder en la gran mayoría de los casos estas obliteraciones provisionales, y sobrevenir la peritonitis, sobre aguda, mortal, como lo demuestra la espantosa mortalidad de un 88 por 100, que arrojan las estadísticas de heridas penetrantes de vientre, en las guerras.

Podemos dividir los síntomas de las heridas penetrantes, en inmediatos y tardíos, y subdividir los primeros en generales y locales.

Como síntomas generales, tenemos: el dolor, el shock, los vómitos y la enterorragia.

El dolor es muy variable; casos hay en los que el enfermo ni aun cuenta se da de haber sido herido. Hay otros, en cambio, en los que se localiza principalmente en el punto lesionado, irradiando en direcciones diferentes, y en que es bastante intenso para hacer casi imposible la palpación.

El shock, con su cortejo de síntomas característicos, no puede considerarse como un signo cierto de penetración, pues ó ha faltado en algunos casos, ó se ha observado en heridas no penetrantes. Siendo un fenómeno meramente nervioso, es muy variable, según las condiciones físicas y morales del individuo.

El vómito, fenómeno igualmente inconstante, lo mismo que el hipo y la náusea, no tiene importancia sino en las heridas del estómago, en cuyo caso es hemorrágico.

Las evacuaciones sanguinolentas, que son un buen signo de herida del intestino grueso, pierden casi todo su valor, por su rareza, en las heridas del intestino delgado.

Los síntomas locales tienen casi tan poco valor como los generales. No me refiero, por supuesto, á las heridas amplias, que permiten ver el interior de la cavidad abdominal; á la hernia del asa herida, al escurrimiento de materias fecales, fecaloides, quimosas, bilis, etc., porque entonces el diagnóstico se impone.

En la generalidad de los casos, el examen de la herida de entrada no da luces; pero sí

debe tenerse presente que las heridas estrechas, ocasionadas por instrumento punzante, tienen más probabilidades de interesar el intestino, que las sólo cortantes, y que en las producidas por arma de fuego, siempre se debe pensar en la penetración.

El escurrimiento de sangre, más frecuente en las causadas por arma blanca, que en las producidas por arma de fuego, es casi siempre insignificante, y debido á los vasos de la pared abdominal. Puede provenir, es cierto, de la cavidad; pero se necesita una reunión de circunstancias excepcionales que mencionaré al ocuparme del escurrimiento del contenido intestinal por la herida exterior.

El enfisema, que se ha citado como un buen síntoma de herida del intestino, pierde mucho de su importancia cuando se conocen unos casos en que ha aparecido en heridas simples, y otros en que se ha propagado después de una herida del pulmón.

La timpanitis, circunscrita á una región, la hepática, por ejemplo, y que oculta la macicez propia de ella, tiene importancia cuando se

sospecha una herida del estómago, como lo demuestra el caso citado por Jallaguier, en su estudio de las heridas penetrantes de vientre.

El escurrimiento de materias fecales por la herida exterior, es un signo patognomónico, aunque desgraciadamente muy raro, pues que se necesita para su producción, que la herida visceral y la de la pared, sean paralelas, y que no haya nada que se oponga á su fácil salida de la cavidad.

La existencia de un derrame en el abdomen, indica la penetración; pero es un signo difícil de encontrar, y en muchos casos la persistencia ó aumento del colapso, es lo único que puede hacer pensar en una hemorragia interna.

Se ve, pues, que, excepto el escurrimiento al exterior, del contenido intestinal, no hay un signo cierto en que apoyarse, para asegurar que una herida sea penetrante.

Los síntomas tardíos son los de la peritonitis, dolor agudísimo, timpanismo, vómitos porráceos, respiración difícil y superficial, pulso pequeño, depresible y casi incontable, facies

hipocrático, etc.; á veces, sin embargo, estos fenómenos son poco acentuados y aun suelen faltar.

No habiendo, pues, signos seguros que indiquen estar interesado el canal intestinal, se han buscado medios que permitan afirmar el diagnóstico, medios de que no puedo ocuparme aquí, contentándome con citar la insuflación de H, por el recto, procedimiento de Senn, de Chicago, que no parece ser ni infalible ni inofensivo, como lo asegura su autor.

¿Qué conducta se debe, pues, observar en caso de herida penetrante? Si el diagnóstico es enteramente claro, no hay que titubear ni diferir la operación, porque un retardo cualquiera puede costar la vida al enfermo, ó agravar considerablemente su situación. Se debe intervenir, ya sea para contener la hemorragia, ó para evitar un derrame en la cavidad peritoneal. En cuanto á la naturaleza de la intervención, y la conducta que deba seguir el cirujano, me ocuparé de ella más adelante.

Comienzan las divergencias al tratarse de heridas cuyo único síntoma es la penetración.

Algunos cirujanos, entre los cuales citaré á Paul Reclus, por ser quien con más ahinco se ha dedicado á sostener en brillantes escritos el método expectante, aseguran que la abstención, unida á una terapéutica enérgica y bien dirigida, basta en la gran mayoría de casos, para salvar al paciente, y que no se debe intervenir sino á la primera alerta dada por la reacción peritoneal.

En apoyo de su opinión cita estadísticas de cuyo estudio se desprende que, con el método expectante, se salvan un 75 por 100 de los enfermos, mientras que con la laparotomía inmediata sólo se salva un 25 por 100.

A primera vista parece que la elección del procedimiento, después de los brillantes resultados dados por el método expectante, no podía ser dudosa. Pero al lado de estas opiniones nos encontramos con las de multitud de cirujanos, que se deciden por la laparotomía, haciendo al método expectante las siguientes objeciones: que en muchos de los enfermos que han sucumbido después de la laparotomía, los desórdenes eran de tal naturaleza, que el

individuo hubiera muerto irremisiblemente, y que éstos serían otros tantos hechos que hablarían elocuentemente en contra de dicho método expectante.

A mayor abundamiento, intervenir en plena peritonitis, es agravar considerablemente el pronóstico de la intervención, por razones muy fáciles de comprender. Y digo que en plena peritonitis, porque en muchos casos se ha hecho la laparotomía sin signo ninguno que indicara reacción y se ha visto que las asas intestinales comenzaban ya á inyectarse, á distenderse y á vascularizarse.

Además, el cirujano que espera tranquilamente la reacción peritoneal, nunca puede estar seguro de detenerla con su intervención, á pesar de los poderosos medios con que actualmente puede contar.

Esto no quiere decir que la laparotomía inmediata sea del todo inofensiva, pero sí puede asegurarse que, gracias á la antisepsia, la operación practicada en un individuo recientemente herido, cuyo peritoneo no ha tenido tiempo de reaccionar y cuyas asas intestina-

les libres, permiten hacer una pesquisa relativamente fácil, del punto herido, casi no tiene peligros, sobre todo si se comparan con aquellos á que está expuesto el enfermo, abandonado á sí mismo.

Legouest ha caracterizado perfectamente la opinión actual de los partidarios de la laparotomía, en el párrafo siguiente: "Cuando el intestino ha quedado dentro de la cavidad abdominal, algunos cirujanos recomiendan que se deje obrar la naturaleza, y prescriben un tratamiento que llaman general. Si el enfermo cura, atribuyen el éxito á la excelencia del método, y si sucumbe, dicen que el caso estaba fuera de los recursos del arte. Algunos hechos felices terminados por curación, pueden en todo caso *excusar* su actitud, pero nunca *justificarla*, porque el número considerable de muertos la condena."

En resumen: á no ser que se trate de herida ocasionada por instrumento de calibre muy pequeño, el cirujano debe intervenir, porque lleva el mayor número de probabilidades de salvar á su enfermo.

Se ve, pues, por estas ligerísimas consideraciones en que he tenido que entrar, que apenas hay punto en la ciencia, tan obscuro y difícil de resolver, como la oportunidad de una intervención en casos de heridas penetrantes.

Es cierto que después de leer los trabajos europeos relativos al asunto, y de computar cuidadosamente sus estadísticas, al ver que aun los partidarios acérrimos de la abstención, como Paul Reclus, comienzan á flaquear y á conceder á la laparotomía una importancia considerable, es de esperarse que, gracias á los progresos incesantes de la ciencia, esta operación llegue con el tiempo á ser única; pero por ahora, no es posible decidirse por ella de una manera absoluta.

Desde luego, entre nosotros la expectación da resultados bastante satisfactorios. No hay alumno que no recuerde haber visto durante su práctica en el Hospital Juárez, infinidad de heridas penetrantes de vientre, curar perfectamente bajo la influencia de un tratamiento exclusivamente *médico.*

Acabo de observar un caso de esta natura-

leza en el servicio del Sr. Dr. Zárraga, en el citado Hospital.

Trátase de un enfermo en quien sobrevino la reacción peritoneal, y el Dr. Zárraga se preparaba á operarlo, cuando en virtud de un tratamiento adecuado, se atenuaron todos los síntomas, y el paciente está ya en franca convalecencia.

Así es que, mientras no haya una regla de conducta perfectamente definida; mientras la ciencia no indique de una manera lógica y precisa el camino que debe seguirse, á nadie puede culparse por haber instituído tal ó cual tratamiento, y el médico, por lo tanto, está en su perfecto derecho al someter al enfermo á una medicación enérgica y apropiada.

De todos modos, supongamos abierta la cavidad abdominal, ¿en qué casos debemos resecar?

PRIMERO. Cuando el intestino atravesado por completo presente en cada una de sus caras una perforación:

SEGUNDO. Cuando la herida origine una pérdida de substancia que comprenda la ter-

cera ó cuarta parte de la circunferencia intestinal:

Tercero. Cuando la herida, aunque pequeña, esté situada en el borde mesentérico:

Cuarto. Cuando existan varias perforaciones muy próximas unas á otras, y

Quinto. Cuando el asa herniada se encuentre gangrenada.

En casi todas las anteriores circunstancias, y estando el enfermo en condiciones convenientes, podrá hacerse seguir la resección del restablecimiento inmediato del canal intestinal, porque la única contraindicación en estos casos, á una operación larga y laboriosa, es el mal estado general del individuo. Y debe resecarse, porque si se conformara el cirujano únicamente con suturar, se desarrollarían más ó menos tarde los síntomas de la oclusión, debido al estrechamiento consecutivo del intestino.

II

Hernias.

Las diferentes variedades de hernias, su naturaleza, causas, mecanismo y diagnóstico, son asunto imposible de tratar en unas cuantas palabras; razón por la que me ocupo únicamente del punto que nos interesa, es decir, de la *estrangulación.*

Lo que sucede, de ordinario, es lo siguiente: una hernia hasta entonces reductible, deja de serlo en un momento dado, se pone tensa y dolorosa. Así, pues, irreductibilidad súbita, tensión y dolor, son los síntomas que traducen la estrangulación de una hernia.

La irreductibilidad no debe tenerse en cuen-

ta indudablemente en las hernias adherentes, pero hay otros signos que las sustituyen. En efecto, una hernia, aunque irreductible, podía vaciarse de su contenido por la presión, oyéndose un zurrido, para llenarse inmediatamente, presentando el mismo fenómeno que desaparece en la estrangulación.

La tensión de la hernia es un fenómeno de tal importancia, que para algunos autores es patognomónico.

El dolor más ó menos intenso ó generalizado, se exacerba casi siempre al nivel del anillo, y fuera de los accesos de cólico, es la única parte dolorosa.

Los síntomas generales son constipación, meteorismo, vómitos y cólicos.

La constipación es siempre completa, después de haber vaciado por lavados el segmento inferior del intestino.

La estasis estercoral es causa del meteorismo, y el abdomen generalmente está distendido en el centro y las asas del colon están deprimidas.

Los vómitos casi constantes suelen faltar

en casos excepcionales; alimenticios al principio, son fecaloides después de algún tiempo.

Los cólicos son violentos desde luego, y muy explicables por los esfuerzos que hace el intestino para vencer el obstáculo que se opone al curso normal de su contenido.

Todo esto, en los últimos períodos, va acompañado de fenómenos generales: cara desencajada, extremidades heladas, vista opaca, voz débil, etc.

Supongamos que el cirujano, obligado á intervenir, encontró el intestino gangrenado, ¿cómo debe proceder?

Si el intestino no presenta más que una placa gangrenosa, pequeña y bien limitada, lo natural es suturarlo transversalmente, resecar la parte esfacelada y reducir.

Si la gangrena se presenta en focos ó es extensa, entonces, ó bien se reseca el intestino, ó bien se secciona simplemente para dar salida al contenido, y después se procura curar la fístula estercoral.

En caso de gangrena de toda una asa, puede obrarse de uno de estos dos modos:

PRIMERO. Hacer una incisión al intestino, dejando escurrir libremente su contenido y suturarlo á la pared, creando, por este procedimiento, un ano artificial. Si las materias no salen, basta introducir una sonda para conseguirlo; mas si ésto no se verifica, Rossander propone debridar de dentro hacia afuera, con objeto de que el bisturí camine en las adherencias que se suponen formadas entre el intestino y la pared, para evitar, de este modo, el derrame de las materias en la cavidad peritoneal, operación siempre aventurada, pues en caso de no haber tales adherencias, el cirujano es quien puede provocar la peritonitis. Si á pesar de esto no hubiere escurrimiento, no queda más recurso que la laparotomía, pues es signo de que el obstáculo está más alto.

SEGUNDO. ¿Si el intestino se vacía, debemos resecarlo y restablecer inmediatamente su continuidad suturando los dos cabos?

Desde las primeras operaciones emprendidas en estos casos, los cirujanos se han dividido en dos campos y, aun en los tiempos modernos, á pesar de las seguridades que da

la antisepsia, la cuestión queda por resolver. Littré, en 1700 fué el primero que propuso la creación de un ano artificial; pero poco tiempo después, en 1730, Morand relataba un caso feliz de Ramdohr (de Wabffenbüttel) en el que restableció inmediatamente la continuidad del intestino. Louis, en 1757, siendo partidario del ano artificial, admitía, sin embargo, la posibilidad de la curación por la enterectomía en dos tiempos, es decir: por lo que hoy se llama *método mixto de Bouilly.*

Las primeras estadísticas formadas por los defensores del ano contra-natura, no pueden ser más desfavorables á la enterectomía.

En 31 casos, Rydigier no tuvo más que 10 éxitos favorables y 21 defunciones. En cambio, Bergmann, Niemann y Kœrte, en 83 operados de ano artificial, tuvieron 50 curaciones, 26 quedaron con una fístula estercoral y 7 solamente sucumbieron.

Después de la aplicación de la antisepsia, las estadísticas favorecen de una manera notable á la enterectomía.

Me contentaré con citar las recientes de

Mickulicz. Este cirujano presentó en 1891, en el Congreso Alemán, 175 casos de hernias gangrenadas. En 94 enfermos, el ano artificial dió 72 muertos. La enterectomía, en 64 casos, sólo dió 32 defunciones. En 28 observaciones personales, 7 anos artificiales le dieron 7 muertos, y 21 enterectomías, 7 muertos y 14 curaciones.

Se ve, pues, que la mortalidad, aunque elevada todavía para la enterectomía, lo es menos, sin embargo, que para el ano artificial. Y por consiguiente, debemos escoger la menos peligrosa.

Pero dejemos á un lado por un momento las estadísticas y estudiemos la cuestión desde otro punto de vista.

Una vez establecido el ano artificial, restablecido el curso de las materias, el beneficio es inmediato; los accidentes de extrangulación han desaparecido como por encanto; no hay ya vómitos, ni cólicos, ni meteorismo; el enfermo se siente renacer á la vida; una simple incisión ha bastado para disipar la borrasca. Pero ¿por esta rápida mejoría, el enfermo puede considerarse curado?

Las molestias del ano artificial, insignificantes por el momento, van á hacerse muy difíciles de sobrellevar en lo de adelante; sobre todo si el enfermo ocupa cierta posición social en la que una enfermedad de esa naturaleza tendría mayores inconvenientes. El peligro aumentará igualmente en las semanas y meses siguientes, ya por la gravedad de la operación curativa, ya por el agotamiento en que puede caer el enfermo, debido á insuficiencia de la alimentación ó á las pérdidas continuas á que queda condenado.

En cambio, la enterectomía, que puede considerarse como la operación verdaderamente ideal en estos casos, cura al enfermo radicalmente, no lo expone á ningún peligro en lo sucesivo, ni le deja enfermedad repugnante. Desde este punto de vista, el ano artificial no puede sostener la comparación con la enterectomía.

Esto no significa que deba preferirse siempre esta operación; al lado de sus ventajas incontestables, presenta algunos inconvenientes.

Es una operación larga y laboriosa, que pue-

de sumir al enfermo en el colapso; que requiere instrumentos de que no es fácil disponer en un momento dado, y cierta práctica y habilidad de parte del cirujano. Se la ha acusado, igualmente, de exponer á una peritonitis por derrame y al estrechamiento del intestino.

Esto indica que en los casos en que el enfermo esté profundamente agotado, en aquellos en que el intestino estuviera sumamente distendido, que no haya podido vaciarse del todo; cuando se tema que las suturas no puedan resistir, no debe hacerse la enterorrafia inmediatamente, sino colocar una sonda en el cabo superior para conseguir que el intestino se vacíe y que se descongestione, lo que se verifica generalmente en el término de veinticuatro horas. Entonces puede procederse á la operación. Fuera de estas contraindicaciones, debe preferirse la enterectomía.

En cuanto al estrechamiento, no hay que temerlo en la enterorrafia, ejecutada por el procedimiento de Chaput. En estos casos, en que no es conveniente el restablecimiento inmediato del canal intestinal, algunos cirujanos

recurren al procedimiento mixto de Bouilly: suturan las tres cuartas partes posteriores del intestino y dejan el cuarto restante abierto y suturado á los bordes del orificio herniario, procurando evitar, hasta donde sea posible, la formación de espuela.

Parece que la operación que ha dado éxitos brillantes es la propuesta por Helferich, para los casos en que solamente se sospecha la gangrena, y ejecutada por Chaput en los que está confirmada. Esta operación consiste en sacar los dos cabos del asa sospechosa ó gangrenada y hacer en parte sana cerca del borde mesentérico, una anastomosis que las comunique por un orificio de 4 centímetros, circundado cuidadosamente de una sutura por planos que reuna las túnicas del intestino al rededor de la perforación. Se reduce dejando fuera la parte sospechosa ó francamente gangrenada. En el primer caso, si la gangrena no se confirma, se reduce, y en el segundo, se reseca, quedando en ambos una fístula estercoral facilísima de curar.

Sin embargo, en los casos de hernia franca-

mente gangrenada, tal vez habría peligro en dejar casi en contacto con el peritoneo un foco tal de infección. Por otra parte, la entero-anastomosis, me parece de un manual operatorio tan largo como el de la enterorrafia, y acaso más difícil; deja al enfermo una fístula estercoral y adherencias á la pared, que pudieran ser causa de oclusión é impide la curación radical de la hernia. Su única ventaja positiva, consiste en conservar una porción de asa intestinal en caso de que ésta no se gangrene; pero como quiera que son más considerables sus inconvenientes, creo que debe esperarse, antes de concederle un lugar importante en el tratamiento de las hernias, á que la sancionen la observación y la experiencia.

III

Oclusión intestinal.

La oclusión intestinal puede ser congénita ó adquirida: me ocupo únicamente de la segunda, que se subdivide en aguda y crónica.

Siguiendo la clasificación de Peyrot, dividiré en cuatro grupos las causas de la oclusión.

PRIMERO. *Vicios de posición de una parte del tubo intestinal.* Invaginaciones, vólvulus, flexiones y torsiones.

SEGUNDO. *Compresiones.* Adherencias ligamentosas, falsas membranas, divertículos, apéndices, mesenterio de otra asa intestinal, compresión por algún órgano en situación anormal, anillos accidentales, hernias internas, tumores, etc.

TERCERO. *Obturaciones.* Masas fecales endurecidas, cuerpos extraños, enterolitos, cálculos biliares y gusanos intestinales.

CUARTO. *Estrechamientos.* Ya sean consecutivos á la disentería, fiebre tifoidea, ulceraciones sifilíticas ó tuberculosas, adherencia de varias asas intestinales por peritonitis; ya á neoplasmas que, cuando son pediculados, obstruyen el calibre del intestino á la manera de un cuerpo extraño, ó lo convierten, en otros casos, en un tubo rígido, y acaban por obstruirlo en razón de su crecimiento concéntrico.

La invaginación consiste en la introducción de una asa intestinal en el asa que le sigue, de manera que la primera queda contenida en la segunda como un dedo de guante invertido. (Cruvelhier).

Hay casos en que no sobrevienen modificaciones en las paredes del intestino, y entonces tenemos la invaginación crónica; pero hay otros en que la parte invaginada se congestiona, se pone edematosa, y se gangrena. Si las perforaciones se hacen abajo del *cuello de la invaginación* y hay adherencias entre él y la

serosa del cilindro interno, el enfermo está curado. Pero si el intestino se perfora arriba del cuello, ó si no hay adherencias, la peritonitis es fulminante.

El *vólvulus* es la torsión del intestino al rededor del mesenterio, como eje, pudiendo ser simple, doble ó triple. El asa que forma el *vólvulus* se distiende muy rápidamente por acumulación de gases, comprime las asas contiguas, se pone negruzca y, si la situación se prolonga, sobrevienen la esfacela y la peritonitis.

Las *flexiones* están constituídas por la incurvación del intestino sobre su borde mesentérico, pronto se forma una espuela que obstruye más ó menos el calibre del canal. Son debidas comunmente á adherencias del borde libre del intestino, y su mecanismo es fácil de comprender.

La oclusión por obturación ó estrechamiento, no presenta nada de particular. Diré unas cuantas palabras sobre su variedad cancerosa.

Es producida generalmente por el epitelioma cilíndrico de la mucosa; su sitio predilecto

es el intestino grueso, y afecta en lo general la forma anular ó cilíndrica. Puede tomarse como tipo el de la válvula ileo-cecal, magistralmente descrito por Du Castel, de quien copio el siguiente párrafo: "El cáncer parece comenzar por la válvula que pierde su elasticidad, y cuyas dos valvas rígidas están separadas por una hendedura estrecha. Invade poco á poco el ciego, que se pone rígido, aparecen las adherencias, y la resección se dificulta considerablemente."

Los síntomas de la oclusión varían, según sea ésta, aguda ó crónica. En el primer caso el enfermo es sorprendido en completa salud, ó bien después de ligera constipación acompañada de cólicos. "Parece tratarse de una ligera indigestión, pero muy pronto llega el desengaño. Los cólicos se vuelven más y más violentos y repetidos; cunde la alarma en la familia, y se envía á buscar al médico. La vida del enfermo depende, en muchos casos, de los primeros cuidados. Si el médico diagnostica constipación y receta un purgante, agrava el estado del paciente. Exagerando los movi-

mientos peristálticos, un vólvulus, una invaginación, una flexión, se exagerarán sin duda alguna, mientras que una medicación calmante, tal vez hubiese remediado todo." (Albert).

Un paso más y tendremos el cuadro clásico de la oclusión. El dolor vivo, terebrante, insufrible, parte algunas veces de un mismo punto del abdomen; sobrevienen náuseas, vómitos alimenticios al principio y biliosos y fecaloides después. Los ojos se hunden, la nariz se afila, el pulso es pequeño y frecuente, y la constipación absoluta. El vientre, retraído al comenzar el acceso, se meteoriza á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas; la angustia es inexplicable; casi no hay pulso; la voz se apaga; á los vómitos sucede el hipo; el cuerpo se cubre de sudor frío; la hipotermia es considerable, y el enfermo sucumbe, conservando la inteligencia intacta casi hasta el último momento. Este cuadro varía según la naturaleza de la oclusión, su sitio, y la manera como reobra el enfermo.

Los síntomas de la oclusión crónica, son los de un estrechamiento progresivo del intestino,

á los que se añaden, en un momento dado, los fenómenos agudos ya mencionados, pero atenuados comunmente. Frente á un enfermo en estas condiciones, deben explorarse cuidadosamente todas las regiones en que pudieran encontrarse hernias; si el examen da un resultado negativo, debe el médico resolver las cuestiones siguientes: ¿La causa de la oclusión es un obstáculo mecánico? ¿Cuál es su sitio y cuál su naturaleza?

La oclusión, en su forma aguda y crónica, puede confundirse con una peritonitis, y diré desde luego que, salvo en los casos típicos, el diagnóstico es muy difícil.

Se ha dicho que los vómitos en la peritonitis son por lo común porráceos y no fecaloides; que la constipación es menos completa; que el dolor se generaliza más rápidamente, y el enfermo permanece del todo inmóvil en posición supina, con las piernas dobladas sobre los muslos y éstos sobre la pelvis, mientras que en la oclusión, si no está en colapso, puede moverse en la cama, levantarse y aun andar durante el intervalo de los accesos; que á ve-

ces puede notarse un edema de la pared abdominal y apreciarse un derrame en los flancos; que la peritonitis se revela por calosfrío y reacción febril, y por último, que en la oclusión, el meteorismo principia por un lugar determinado, mientras que en aquella es general desde luego.

En los casos de oclusión por inflamación del colon, del ciego, ó de su apéndice, la marcha de la afección, los conmemorativos, el dolor fijo y limitado á un punto siempre el mismo, los datos que se recojan por la palpación y percusión, podrán servir para sentar el diagnóstico.

Una oclusión crónica podrá diferenciarse de una peritonitis de igual naturaleza, por la palpación y percusión del vientre, siempre que lo permita el meteorismo; por el estudio de los antecedentes del enfermo, conmemorativos y marcha de la afección. Pero hay que confesar que, en muchos de estos casos, el diagnóstico permanecerá obscuro.

Estudiemos ahora los síntomas que pueden servirnos para precisar, sobre poco más ó menos, el sitio de la oclusión.

El dolor limitado á un punto fijo, más vivo ahí que en cualquiera otra parte, y acompañado de una tumefacción apreciable, es un signo de mucha importancia.

La forma del vientre, globulosa en el centro y deprimida en sus partes laterales, indica obstáculo en el intestino delgado; la forma contraria lo acusa en el grueso.

Vómitos muy precoces, no fecaloides ó alimenticios, indican que la oclusión está al principio del intestino delgado; precoces y fecaloides, en su terminación; tardíos y poco frecuentes, en el intestino grueso.

La intensidad de los fenómenos generales, parece ser más frecuente en la oclusión del intestino delgado, lo mismo que la diminución en la cantidad de orina, teniendo este último dato mayor valor en la oclusión crónica, pues que indica entonces insuficiencia en la absorción.

Como se ve, ninguno de los síntomas antes mencionados tiene un valor decisivo; de ahí la invención de numerosos métodos de exploración de que no puedo ocuparme aquí.

Las mismas dificultades se presentan al tratar de hacer el diagnóstico de la causa de la oclusión.

La invaginación es la menos difícil de diagnosticar. Desde luego es la única causa de oclusión en niños menores de cuatro años. Se puede pensar también en ella, si se observan los síntomas siguientes: el dolor sumamente agudo al principio, se calma al poco tiempo y reviste el carácter de accesos; los vómitos no son en lo general fecaloides; la constipación no sólo no es completa, sino que hay evacuaciones sanguinolentas, acompañadas de pujo, tenesmo y expulsión de colgajos del intestino. Si á esto se añade que por la palpación ó el tacto rectal, que nunca debe descuidarse en caso de oclusión, se encuentre una tumefacción en forma de chorizo, casi no hay lugar á duda.

El vólvulus, según algunos autores, es casi imposible de diagnosticar. Mencionaré, sin embargo, los síntomas acusados por enfermos en cuya autopsia se ha encontrado un vólvulus. Se ha tratado casi siempre de adultos ó viejos. El dolor, vago al principio, ha ido au-

mentando en intensidad y duración, y se ha localizado en la fosa ilíaca izquierda; el meteorismo ha sido muy considerable, y algunas veces ha podido apreciarse por la palpación, el asa distendida; los vómitos han faltado ó han sido tardíos, y la constipación absoluta.

Si los vómitos son muy precoces y fecaloides, los síntomas generales intensísimos, el colapso rápido y profundo, y los cólicos muy dolorosos, se debe pensar en las hernias internas, anillos accidentales, divertículos ó bridas; en esto último, sobre todo, en caso de peritonitis anterior.

En la oclusión por cálculos biliares, deberán tenerse muy en cuenta los conmemorativos y antecedentes del enfermo.

En caso de oclusión crónica, se deben eliminar todos los tumores capaces de comprimir el intestino.

La oclusión por acumulación de materias fecales es, hasta cierto punto, fácil de diagnosticar; pero las dificultades son casi insuperables cuando hay que distinguir un estrechamiento crónico simple de uno canceroso. "Se trata de

un hombre de más de cuarenta años; la afección está situada en la terminación del intestino delgado ó en los ángulos del colon; la constipación ha revestido un carácter intermitente, y se ha ido acentuando más y más; ha alternado con verdaderas *débâcles;* ha estado acompañada de náuseas y vómitos; ha habido diarrea sanguinolenta, debida á la ulceración del neoplasma: entonces casi no queda duda, y se puede afirmar un cáncer, con tanta mayor razón si á esto se ha añadido una flegmasía alba dolens, el tinte amarillo paja característico, y la palpación del tumor." (Bouveret).

Si los síntomas no presentan estas particularidades, y si en los antecedentes del paciente hay enfermedad capaz de producir un estrechamiento simple, á él nos inclinaremos indudablemente.

La oclusión por adherencias es frecuente en casos de peritonitis anteriores, peritiflitis, hernia extrangulada, nefrectomía, resección del epiplón, etc.

Igualmente difícil de diagnosticar es la invaginación crónica. Rafinesque aconseja que

se piense en ella, si el dolor es intermitente ó paroxístico, si las evacuaciones son muco-sanguinolentas, acompañadas de tenesmo y pujo, y si por la palpación ó el tacto rectal, ó estas dos exploraciones combinadas, se encuentra un tumor blandujo y cilíndrico.

Suponiendo que el tratamiento médico no haya dado resultado, y que se necesite intervenir, ¿cuál debe ser la intervención: emprendemos la laparotomía, ó nos conformamos con la enterotomía?

Cuestión difícil de contestar por ahora. Voy, sin embargo, á tratar de precisar las indicaciones de la laparotomía seguida de resección, apoyándome en opiniones de cirujanos de competencia innegable y estableciendo un paralelo entre ambas operaciones.

Albert, en su Cirujía Clínica, se muestra partidario decidido, en tesis general, de la laparotomía. Combate las dos objeciones hechas á este procedimiento: *inseguridad en el diagnóstico y dificultad en encontrar el obstáculo.* Hace notar que, gracias á la antisepsia, la laparotomía no es ya peligrosa, y que si un ci-

rujano está autorizado para abrir la cavidad abdominal con objeto de darse cuenta de un tumor, no puede echársele en cara el haberse encontrado con una peritonitis, y que, aun en ese caso, el enfermo saldrá beneficiado, pues que su estado llevará probabilidades de mejorar con una buena desinfección y canalización conveniente de la cavidad; que el no poder remediar al obstáculo ni aun con una incisión crucial, como se ha podido observar en las autopsias, es raro, y que cuando sucede, significa que hay casos fuera de los recursos del arte; que si se tienen dificultades con una abertura pequeña, á nadie se le ocurrirá escatimar las incisiones en esos casos, y que esto no agrava el estado del enfermo, pues queda, en último extremo, el recurso de hacer un ano contra-natural; que en cambio, ¡cuán numerosos son los casos en que la autopsia ha demostrado la facilidad con que se habría salvado el enfermo seccionando una brida, desinvaginando ó destorciendo una asa intestinal! Y por último, exclama: "Todos los días se hacen amputaciones con objeto de salvar á un enfermo y no

todas con buen éxito: y sin embargo, á nadie se le ha ocurrido por esto condenar la amputación."

Termina aplicando á los adversarios de la laparotomía el aforismo latino de "QUEM DUM POTUISTI SERVARE, NO SERVASTI, CUM OCCIDISTI." Y considera que la enterotomía tiene inconvenientes superiores tal vez á sus ventajas.

Desde luego, para obstrucciones próximas al estómago, debe desecharse por completo el ano artificial. Además, esta operación, empleada como método general (Nelaton), tendrá resultados enteramente distintos, según la naturaleza de la oclusión. Un estrechamiento del intestino podrá acentuarse más sin inconveniente para el enfermo. Un cálculo biliar podrá ser expulsado, pero podrá también provocar una perforación. Un vólvulus, una invaginación, una hernia interna, podrán curar, pero podrán también gangrenarse, y entonces la peritonitis será fatal. Por otra parte, como no se tiene la elección del asa que va á abrirse, puede uno caer precisamente en una de las

enfermas, vólvulus por ejemplo, y en ese caso la intervención es desastrosa.

En resumen, para Albert la laparotomía debe ser casi siempre el procedimiento de elección, pues que en todo caso, si la naturaleza de las lesiones, su extensión y el estado general del enfermo, no permiten una intervención radical, puede hacerse el ano artificial.

Qoenig, en su tratado de *Patología quirúrgica especial*, hace notar que, aun con la diferencia de un 4 por 100 en la mortalidad á favor de la enterotomía, 68 por 100 en ésta y 71 por 100 en la laparotomía, debe preferirse esta última, por ser una operación que, salvo los peligros del momento, no expone á ninguno otro al enfermo para lo sucesivo, como acontece con la enterotomía.

Aconseja á los cirujanos poco prácticos en operaciones del intestino, reserven la laparotomía para aquellos casos en que una tumefacción apreciable y un meteorismo poco desarrollado, les permitan precisar el sitio del obstáculo y les den cierta facilidad para encontrarlo una vez abierta la cavidad abdominal.

Jallaguier, en su artículo sobre las afecciones del abdomen, llega casi á las mismas conclusiones, después de un estudio de las estadísticas de ambas operaciones.

Resumiendo. La laparotomía es una operación grave, larga, y que requiere por parte del operador una práctica suficiente de la cirujía intestinal. La enterotomía es una operación sencilla, al alcance de los principiantes, y que no requiere ni gran práctica ni un conocimiento profundo de las variedades de oclusión ni de su sitio predilecto, pero que tiene los inconvenientes ya mencionados.

La gravedad de la laparotomía depende principalmente de dos factores: del retardo en la intervención y de su longitud; entendiendo por retardo, no el tiempo trascurrido desde el principio de la enfermedad, sino el estado general del enfermo. Las estadísticas demuestran que la mortalidad se eleva de un 60 á un 75 y hasta 80 por 100, cuando se interviene tarde y se ejecutan manipulaciones de larga duración.

Si, pues, por una parte conocemos los fac-

tores que agravan la laparotomía; si hemos visto casos en que la enterotomía es impotente, por los peligros á que deja expuesto al enfermo; si por otra parte, en fin, las estadísticas nos señalan una mortalidad casi igual en ambas operaciones, creo que se pueden precisar las indicaciones de la laparotomía de la manera siguiente:

En los casos de marcha sobre-aguda, causados en lo general por bridas, hernias internas, etc., no debe perderse el tiempo y se debe intervenir desde que se esté seguro de la impermeabilidad del intestino.

En los casos de marcha un poco menos rápida, de diagnóstico dudoso, ó con mayor razón si se sospecha brida ó invaginación, la laparotomía se impone, y no debe olvidarse que, mientras más temprana sea la intervención, mayores serán las probabilidades de éxito feliz.

Si, por el contrario, el cirujano no llega á la cabecera del enfermo sino después de que se han agotado todos los recursos médicos; que el paciente está bajo la influencia de la estercoremia, sin fuerzas, con un pulso miserable;

emprender la laparotomía sería demasiado atrevido. En estos casos debe preferirse la enterotomía, sin grandes ilusiones, pero al menos no se habrá apresurado el desenlace fatal y sí se le habrá proporcionado al enfermo, relativa tranquilidad y consuelo en sus últimos momentos.

En caso de oclusión crónica, la conducta variará según la causa.

Si se trata de tumores, de cualquiera naturaleza que sean, deben extirparse por la laparotomía, siempre que el estado general del enfermo, y el estudio del tumor, indiquen que esto es posible.

En caso de estrechamiento canceroso ó de otro origen, la laparotomía presta positivos servicios, pues permite darse cuenta exacta de la naturaleza y extensión del mal.

Si se trata de una invaginación crónica, imposible de reducir por medios apropiados, la laparotomía es superior á la enterotomía, pues no se cita un solo caso en que el enfermo haya curado con esta última intervención.

Suponiendo que se haya hecho la laparoto-

mía, debemos resecar en los casos siguientes:

PRIMERO. Los de estenosis por cáncer ó estrechamiento.

SEGUNDO. Los de invaginación irreductible.

TERCERO. Los de vólvulus imposible de destorcer.

CUARTO. Los de gangrena confirmada ó cuando se crea que puede sobrevenir.

En cuanto á restablecer inmediatamente la continuidad del intestino, como ya lo he hecho notar, no siempre es posible.

En aquellos casos en que la intervención no haya necesitado maniobras largas ni difíciles, en que el estado general del enfermo sea bueno, cuando el corazón no esté debilitado, es preferible hacer la enterorrafia circular. En el caso contrario, más vale conformarse con establecer el ano artificial.

Igualmente, si hay cáncer fácilmente movilizable, limitado á la pared intestinal, sin invasión de los ganglios mesentéricos; si hay estrechamiento simple ó tuberculoso, y el enfermo está en las buenas condiciones antes mencionadas, lo mejor es hacer la resección seguida

de la enterorrafia circular, tanto más cuanto que, en caso de cáncer, es la única operación verdaderamente salvadora para el paciente.

Los resultados de la enterectomía, en casos de cáncer, son satisfactorios, como lo comprueban las estadísticas de Czerny Billroth, Bouilly, etc., si se tiene en cuenta que sin la operación están los enfermos irremisiblemente condenados á muerte, mientras que con ella puede salvarse un 50 por 100.

Mencionaré únicamente la entero-anastomosis y la incisión longitudinal del estrechamiento seguida de sutura trasversa (Pean), como operaciones que en algunos casos se sustituyen á la resección.

Parece, sin embargo, que la entero-anastomosis, en casos de cáncer inoperable, ha dado resultados verdaderamente halagadores.

IV

Técnica operatoria.

Ya sea que se proceda á la resección después de haber ampliado una herida de la pared abdominal, ó después de la laparotomía, he aquí el manual operatorio que debe seguirse:

PRIMERO. Se saca cuidadosamente el asa por resecar de la cavidad abdominal, y se la aísla rodeándola de lienzos ó de esponjas asépticas calientes. Se limita exactamente la parte que ha de extirparse, y se interrumpe el curso de su contenido, ya sea sirviéndose de los dedos de un ayudante, ya de una ligadura elástica, ó bien de las pinzas de Quénu.

SEGUNDO. Se circunscribe por una serie de ligaduras con seda la cuña de mesenterio que ha de resecarse. Una vez hecho esto, se cortan el asa intestinal y la cuña. Esta tendrá una forma triangular, cuya base corresponderá al asa enferma, y será de una altura proporcionada á la extensión de dicha asa. Es mucho más conveniente circunscribir el mesenterio por una serie de ligaduras, porque con este procedimiento se ahorran tiempo y trabajo, pues no es lo mismo ligar unos cuantos vasos que dan sangre en estas circunstancias, que tener que ir aplicando pinzas de Pean, conforme se van seccionando, y hacer luego las ligaduras. Debe ponerse mucho cuidado en no dejar ningún punto de intestino desprovisto de mesenterio, para no exponerlo á la mortificación. Una vez hecho el corte, la herida debe presentar el mismo aspecto que si se hubiesen cortado el intestino y el mesenterio, de un solo tijeretazo, y se les hubiera reunido inmediatamente. Ya cortado el intestino, se deja escurrir el contenido y se desinfectan lo mejor que se pueda, los dos cabos, con algodones

montados en pinzas y mojados en una solución antiséptica.

TERCERO. Se aproximan estos dos cabos y se les reunen por la sutura.

Voy ahora á describir la enterorrafia circular clásica, para hacer notar sus desventajas, fáciles de remediar por el procedimiento de Chaput.

Consta de dos tiempos. En el primero se coloca un primer plano de suturas de Czerny, en que la aguja entra por la serosa y sale por el plano de la musculosa. Se hace un punto de sutura en la región del mesenterio, y otro en el lugar correspondiente del bordo convexo, con objeto de que no haya intestino sobrante en alguno de los cabos, al terminar la sutura. En el intervalo se colocan de tres en tres, ó de cinco en cinco milímetros, el número de suturas convenientes. En el segundo tiempo, se coloca encima de este primer plano de suturas, un segundo de puntos de Lembert, de cinco en cinco milímetros.

Desde luego la colocación de los puntos de sutura en la región mesentérica, es difícil, por-

que el intestino no se invierte fácilmente, y porque se pican vasos que sangran con abundancia. Ya sea que se despegue el mesenterio ó que se liguen los vasos, la pared intestinal lleva probabilidades de gangrenarse. Como no se pone sutura muco-mucosa, el plano profundo sero-seroso, queda expuesto á la infección.

El intestino se estrecha de una manera notable, pues suponiendo que en cada extremidad las serosas se unan por una superficie de un centímetro, queda el calibre disminuído en dos: es decir, reducido á la mitad.

Por último, el procedimiento no surte efecto cuando los dos cabos son de desigual calibre, pues ya se haga un pliegue en el cabo dilatado (Billroth), ya se le reseque un triángulo, ó se haga en el cabo estrecho una sección oblicua con relación al gran eje (Madelung), todos estos medios, ensayados en el cadáver y en animales, por Chaput, parecen dejar suturas excesivamente defectuosas.

En resumen: la enterorrafia circular clásica, es difícil de ejecutar en la región mesenté-

rica; expone al estrechamiento inmediato y al estrechamiento ulterior, por no quedar suturada la mucosa, y no es aplicable cuando los dos cabos no son del mismo calibre. Así, pues, parece no ser verdaderamente útil, sin modificarse en el intestino grueso, y cuando el calibre de los dos cabos es casi igual. (Chaput).

Por estas razones, Chaput desecha la *enterorrafia circular clásica*, y propone lo que él llama *enterorrafia circular con hendedura.*

La operación se ejecuta de la manera siguiente:

PRIMERO. Comienza por poner en la región mesentérica tres puntos músculo-mucosos, es decir, puntos cuyos agujeros de entrada y de salida, quedan entre la capa mucosa y la musculosa, y con los cuales no hay, por lo mismo, peligro de herir el mesenterio. Estos hilos se anudarán al exterior, porque si se anudaran al interior, el nudo podría entreabrir los labios de la mucosa. En seguida se coloca el primer plano de puntos *sero-mucosos*, en la circunferencia posterior ó mesentérica.

SEGUNDO. Se hace con las tijeras en el bor-

de convexo de cada cabo, una hendedura de tres centímetros próximamente. Se redondean los colgajos así formados, resecando su vértice, y entonces la hendedura queda con la forma de un rombo. Se suturan los bordes contiguos de esta hendedura con un primer plano sero-mucoso, y un segundo de Lembert.

Tercero. Se coloca, en fin, un último plano sero-seroso, en toda la circunferencia del intestino, teniendo cuidado de no atravesar el mesenterio, sino que se ponen un punto inmediatamente adelante y otro inmediatamente atrás; *puntos juxta mesentéricos.* Se anudan separadamente y luego uno á otro, lo que refuerza la sutura de una manera considerable.

Ventajas de este procedimiento.

Primero. No se pica el mesenterio, y por consiguiente, ni hay vasos que sangren, ni se tiene tendencia á despegarlo.

Segundo. Con la sutura *sero-mucosa,* que es una modificación de la de Czerny, y en la que la aguja, en vez de perforar el plano de

la musculosa, perfora el de la mucosa, se tiene la ventaja de que quedando la sutura rodeada de mucosa, no hay peligro de estrechez consecutiva, y hay menos probabilidades de infección.

Tercero. La hendedura no sólo aumenta el orificio de comunicación entre los dos cabos, sino que en caso de calibre desigual, permite remediarlo convenientemente, prolongando más ó menos la incisión en el cabo estrecho.

Me parece inútil añadir que la región en que se va á operar deberá estar perfectamente lavada y desinfectada, y que el cirujano procurará llenar todas las condiciones de antisepsia, tanto en su persona y las de sus ayudantes, como en los instrumentos y útiles necesarios.

Una vez terminada la operación, se hará un amplio lavado de la cavidad peritoneal, y si ha habido derrame, se establecerá una canalización apropiada.

Hechas ya las suturas exteriores, se aplicará una curación antiséptica moderadamente compresiva y sostenida con un buen vendaje.

Si el enfermo está muy deprimido, se inten-

tará levantarlo por los medios aconsejados en casos parecidos y se deberá procurar que la cama conserve una temperatura conveniente.

En las primeras cuarenta y ocho horas la dieta debe ser absoluta; no se le darán al enfermo más que pedacitos de hielo, y se le administrará el opio á la dosis de 10 á 15 centigramos al día. Desde el tercero se le podrán dar, aunque en pequeñas cantidades, leche ó caldo, y al mismo tiempo se le aplicarán, después de haber evacuado el recto por medio de una lavativa con glicerina, lavativas con leche, caldo y peptona, á lo que se podrá añadir rhum ó champagne.

Del cuarto día en adelante, en que la reunión es casi completa, podrá aumentarse la alimentación, que debe ser invariablemente líquida durante los primeros quince días que siguen á la operación.

Si no hay ningún síntoma alarmante, á los ocho ó nueve días pueden quitarse los hilos de sutura de la pared.

Si sobreviniera algo de meteorismo, es conveniente prescribir un purgante de calomel y

cuidar, del séptimo ú octavo día en adelante, que en el enfermo se mantenga diariamente la libertad del vientre.

Estas son las opiniones que he podido consultar á propósito del punto quirúrgico cuyo estudio someto á la deliberación del jurado calificador. Tan convencido de la deficiencia de mi trabajo como de la pericia de cada uno de los Profesores que deben juzgarlo, tengo el derecho de esperar que su indulgencia llene el vacío que seguramente han dejado mi escasa práctica y la pobreza de mis facultades.

No debo concluir, sin embargo, antes de hacer público mi reconocimiento al Sr. Dr. Fernando Zárraga, así por la benevolencia con que me facilitó sus observaciones particulares, como por las juiciosas indicaciones que acerca de mi trabajo me hizo, y las inmerecidas distinciones con que me ha favorecido.

México, Julio de 1893.

Estando ya impreso este trabajo, ha llegado á mis manos una Memoria premiada con medalla de oro en el Perú, y presentada ante el Jurado del Concurso de Medicina Sud-Americano, por su autor, el Dr. Adalberto Ramaugé.

En dicha Memoria, intitulada *Enteroplexis*, el autor expone un procedimiento nuevo para coaptar los dos cabos del intestino, en caso de resección.

Como quiera que estudiar detenidamente dicho procedimiento sería asunto de una verdadera Tesis, voy á contentarme con describirlo, por parecerme racional, y porque de con-

firmarse las esperanzas que en él funda el Dr. Ramaugé, la resección intestinal, con restablecimiento inmediato de la continuidad del intestino, operación justamente considerada como muy grave y difícil, perderá casi todos sus peligros, y quedará al alcance de los principiantes.

El autor llama á su procedimiento *Enteroplexis*, para distinguirlo de la *Enterorrafia.*

Hace la coaptación de los dos cabos por medio de un pequeño aparato, el *Enteroplexo*, suprimiendo así las suturas y sus múltiples inconvenientes y peligros. He aquí su descripción y la manera de usarlo:

"El *Enteroplexo* es un instrumento hecho de aluminio, y consta de dos pequeños anillos delgados, de un diámetro aproximado al del intestino que se trata de unir. Por la parte interna de estos anillos y como en forma de cabos que se dirigen hacia el centro y correspondientes á los extremos de un diámetro, sobresalen en cada anillo dos de dichos cabos, que en su extremo central son el asiento de resortes, machos en un anillo y hembras en el otro.

Por medio de estos resortes se amachihembran los dos anillos, quedando fijos y á una distancia de un milímetro el uno del otro.

"MANERA DE USARLO.—Por la abertura que ofrece el intestino seccionado, ya sea perpendicular á su eje ú oblicuamente, se introduce uno de los anillos de manera que quede visible la cara plana y los extremos de los resortes. Por encima de esta cara, y por medio de pinzas, se trae el extremo del intestino y se le fija por medio de dos dientes colocados diametralmente opuestos á los resortes, y ocultos en la concavidad de los anillos, ó por hilos que pasan por pequeños agujeros hechos en los anillos, y que sujetan el intestino. Cubriendo entonces el borde del intestino la extremidad de dichos resortes, éstos sobresaldrán, y haciéndose una pequeña incisión al intestino que las cubre, quedará éste fijo al anillo, por cuatro puntos formando cruz. La misma operación se hace con el otro extremo del intestino y el otro anillo.

"Colocado cada anillo en su cabo respectivo, y estando el borde del intestino cubriendo

la cara plana de los anillos, no queda ya sino ajustar los resortes por medio de una ligera presión, á fin de que los extremos de los cabos intestinales queden perfectamente coaptados en el espacio de un milímetro, que dejan los anillos al fijarse mutuamente.

"Analicemos ahora el aparato. Hemos adoptado el *alumínium* por ser el metal más liviano, al mismo tiempo que es resistente y absolutamente innocuo á los tejidos. Una vez colocado y cerrado el aparato, afecta éste una forma aproximadamente esférica, dejando en su interior suficiente luz para dar paso fácil á las materias fecales, resultando que la línea de coaptación queda sólidamente mantenida, mientras que las materias intestinales tienen asegurado un paso libre durante el período de cicatrización.

"El intestino tiene aproximadamente un milímetro de espesor en su pared, así es que al encontrarse juntas las dos paredes, y adosándose por su cara peritoneal, quedan reducidas á la mitad de su grosor, para poder alojarse ambas en el espacio de un milímetro de separa-

ción que deja el *Enteroplexo* una vez aplicado.

"Esta compresión llena varios objetos: empieza por ser hemostática, fija las paredes intestinales y las inmoviliza, adosándolas por su cara serosa. El hecho es fácil de comprender, puesto que el agente del estrangulamiento ejerce sobre las paredes intestinales una compresión directa, é impide que la circulación sanguínea se efectúe, y como consecuencia se gangrenan estos tejidos comprimidos entre los dos anillos, y caen al interior del intestino conjuntamente con el aparato, como extraídos por un saca-bocado. La constricción ejercida sobre los tejidos, y al mismo tiempo sobre los vasos capilares, produce una gangrena rápida y completa, (gangrena anémica de Roser), observándose entonces que la parte comprimida está pálida y anemiada. Felizmente las adherencias ya se han establecido en el punto límite del esfacelo y protejen la cavidad peritoneal contra la salida de gases y líquidos del intestino, lo cual, si se efectuara, resultaría en un grave peligro á causa de la peritonitis generalizada, que sería la consecuencia natural."

Como se ve, el manual operatorio es verdaderamente sencillo, y como las experiencias hechas hasta hoy en cerdos, han dado resultados verdaderamente satisfactorios, creo que la *Enteroplexis* es una operación muy digna de ensayarse con empeño, y de discutirse, pues que, como dice su autor, de la discusión leal y científica, la *Enteroplexis* saldrá tal vez mejor constituída para contribuir al bien de la humanidad.